

Universidad de Zaragoza
Escuela de Enfermería de Huesca

Grado en Enfermería

Curso Académico 2018/2019

TRABAJO FIN DE GRADO

ESTUDIO DE LA PREVALENCIA DEL RIESGO DE
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN
ESTUDIANTES DE SECUNDARIA

Autora: Almudena Cañardo Yebra

Directora: Carmen Tosat Mancho

ÍNDICE

RESUMEN:	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN:	5
JUSTIFICACIÓN DEL TEMA	6
OBJETIVOS:	7
OBJETIVO GENERAL:	7
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	7
METODOLOGÍA:	8
DISEÑO METODOLÓGICO:	8
POBLACIÓN DE ESTUDIO:	8
CRITERIOS DE INCLUSIÓN:	8
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:	8
PROCEDIMIENTO:	8
VARIABLES:	9
ASPECTOS ETICOS:	10
INSTRUMENTO EAT-26:	11
DESARROLLO:	12
RESULTADOS:	12
DISCUSIÓN:	17
CONCLUSIONES:	18
BIBLIOGRAFÍA:	19
ANEXOS	22
ANEXO I: CRONOGRAMA	22
ANEXO II: SOLICITUD INSTITUTO	23
ANEXO III: AUTORIZACIÓN CEICA	24
ANEXO IV: INSTRUCCIONES Y ENCUESTA	25
ANEXO V: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES	27
ANEXO VI: HOJA DE INFORMACIÓN PARA LOS ALUMNOS	32
ANEXO VII: REVISIÓN DE ESTUDIOS	33

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se caracterizan por una alteración de la conducta relacionada con la alimentación que impacta negativamente sobre la salud y las capacidades psicosociales de aquellas personas que los padecen. Son consideradas enfermedades psiquiátricas con una gran variabilidad en su presentación y gravedad, y con gran repercusión nutricional.

OBJETIVO PRINCIPAL:

El objetivo de este estudio es conocer la prevalencia del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria que existe en una población de estudiantes de educación secundaria obligatoria.

METODOLOGÍA:

Es un estudio de carácter descriptivo y transversal, con una muestra de 34 estudiantes de un instituto seleccionado por conveniencia. Para medir el riesgo de TCA, se utilizó, el cuestionario validado EAT-26 (punto de corte 10). También se evaluaron variables sociodemográficas y correlaciones.

CONCLUSIONES:

La prevalencia del riesgo de desarrollar TCA en este instituto (20.59 %) es similar al del resto de estudios de España y del extranjero. Además se determinó que las puntuaciones obtenidas en el EAT-26 son significativamente mayores en niñas que en niños, sin embargo no se encontró ninguna relación entre el riesgo de TCA con el índice de masa corporal (IMC), la localidad o las distintas edades.

PALABRAS CLAVE:

"Trastornos de la conducta alimentaria", "anorexia nerviosa", "prevalencia", "riesgo".

ABSTRACT

INTRODUCTION:

Eating disorders (ED) are characterized by a persistent alteration of the behavior related to feeding that negatively impacts the health and psychosocial abilities of those who suffer. They are considered psychiatric diseases with great variability in their presentation and severity, and with great nutritional repercussion.

OBJETIVE:

The objective of this study is to know the prevalence of the risks of the alimentary behavior that exists in a population of students of compulsory secondary education.

METHODOLOGY:

It is a descriptive and transversal study, with a sample of 34 students from an institute selected for convenience. To measure the risk of ED, the validated EAT-26 questionnaire (cut-off point 10) is applied. Sociodemographic variables and correlations are also evaluated.

CONCLUSIONS:

The prevalence of the risk of developing ED in this institute (20.59%) is similar to the rest of studies in Spain and abroad. However, no relationship was found between the risk of eating disorders with the body mass index (BMI), the location or the different ages.

KEYWORDS:

Eating disorders, anorexia nervosa, prevalence, risk.

INTRODUCCIÓN:

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son trastornos psiquiátricos graves, de etiología multifactorial, que tienen en común la alteración de la conducta ante la ingesta y una excesiva preocupación por el peso y/o con la forma del cuerpo (1).

Estas alteraciones pueden generar consecuencias orgánicas severas, derivadas de la desnutrición, restricciones nutricionales y desequilibrios hidroelectrolíticos; así como consecuencias psicológicas graves que dan cuenta de una alta tasa de suicidio asociada (1,2)

La sociedad actual promueve la delgadez, en especial de la mujer, como requisito indispensable para la belleza, la aceptación y el éxito, de tal forma que una buena parte de las mujeres que se encuentran en la adolescencia o adultez temprana muestran insatisfacción con su peso y su forma corporal. Esta situación puede desencadenar una serie de comportamientos inadecuados relacionados con la alimentación y el peso, que suponen un riesgo para el desarrollo de algún tipo de trastorno alimentario (3)

Los TCA son difíciles de tratar observándose bajas tasas de recuperación y existiendo un alto riesgo de recaídas. Además predisponen a los sujetos a la desnutrición o a la obesidad, y se relacionan con una baja calidad de vida, altas tasas de comorbilidad psicosocial y riesgo de mortalidad prematura. Asimismo, los TCA se asocian con frecuencia con otras morbilidades, especialmente con la depresión, ansiedad y el consumo de sustancias (4)

Los TCA incluyen un grupo de categorías diagnósticas, cuyos criterios van cambiando, desde el 2013 está disponible el DSM-5, que reconoce tres diagnósticos primarios: anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN), y trastorno por atracón (TA), además de los antes conocidos como trastornos de la infancia y la adolescencia (Pica, Trastorno de Rumiación y Trastorno de evitación/restricción). Los que no cumplen con todos los criterios (20 a 40%) corresponden a categorías residuales: ESPECIFICADOS y NO ESPECIFICADOS (1,4-6).

El interés por estas enfermedades ha experimentado un repunte importante en los últimos años, quizás motivado por la percepción de que se trata de trastornos emergentes y en expansión. Los TCA son más frecuentes en mujeres y en la adolescencia (la incidencia máxima se da entre los 15-25 años), y sin el tratamiento adecuado, adquieren un curso clínico de carácter crónico e incapacitante. Actualmente, se estima una prevalencia combinada del 13% para todos los TCA. El TA representa el TCA más prevalente en adultos. La AN es la enfermedad psiquiátrica más frecuente en las mujeres jóvenes y la tercera enfermedad crónica tras la obesidad y el asma en las adolescentes. Por este motivo, existe una necesidad creciente de realizar

una detección y manejo lo más precoz posible, de modo que se puedan evitar consecuencias a lo largo del desarrollo (1,7,8).

El pronóstico de los TCA varía ampliamente en la literatura, sin embargo, existen ciertos factores asociados a mejor pronóstico como: edad más temprana de inicio, menor tiempo de evolución y mejor relación parento-filial, siendo el diagnóstico precoz el factor principal en determinar una evolución favorable (1).

En relación a la mortalidad es necesario recalcar que la AN tiene la mayor tasa de mortalidad de todas las patologías psiquiátricas (1).

Teniendo en cuenta el duro impacto que pueden ocasionar estas patologías se han desarrollado distintos estudios epidemiológicos que intentan medir el alcance de estos trastornos. Aunque existe variedad en estos estudios, se puede admitir un riesgo de TCA entre el 4-12% (algunas cifras barajan hasta un 25%) con una prevalencia diagnóstica de entre el 1 y el 5% (9).

Pese a que el porcentaje de diagnóstico de TCA resulta relativamente bajo, son muchas las mujeres que parecen estar en riesgo de desarrollarlo (9).

Existen infinidad de cuestionarios para detectar el riesgo de sufrir una TCA. Entre ellos destacan por ser los más empleados el Eating Disorder Inventory (EDI y EDI-2), el Eating Attitudes Test (EAT-40 y EAT-26), y el SCOFF (10).

JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

El presente estudio tiene como propósito indagar sobre el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de secundaria de un instituto, ya que es en la adolescencia donde hay una máxima incidencia, y el uso de instrumentos que identifiquen a las personas con riesgo de TCA va a favorecer un diagnóstico precoz y va a contribuir al desarrollo de programas de prevención sobre estos trastornos que cada vez afectan a más corta edad.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

- Describir la prevalencia del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria existente en una población de estudiantes de educación secundaria obligatoria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar la prevalencia del riesgo de TCA en función al sexo.
- Comparar las conductas de riesgo entre los estudiantes que viven en capital de provincia o en localidades rurales.
- Comparar las conductas de riesgo entre los estudiantes con un IMC bajo, normal o alto.

METODOLOGÍA:

DISEÑO METODOLÓGICO:

Se trata de un estudio de carácter descriptivo y transversal, que se ha llevado a cabo entre los meses de Enero y Mayo de 2019 (ANEXO I).

POBLACIÓN DE ESTUDIO:

La población está conformada por estudiantes matriculados en 4º de la ESO de un instituto público, que ha sido seleccionado por conveniencia (accesibilidad).

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Estar matriculado en 4º de la ESO del instituto en el que se ha llevado a cabo el estudio.
- Estudiantes que entreguen el consentimiento informado firmado por sus padres / tutor / representante legal.
- Estudiantes que deseen participar en el estudio

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Padecer en el momento del estudio o haber sido diagnosticado previamente de un trastorno de la conducta alimentaria.

PROCEDIMIENTO:

En un primer momento se contactó con el director del centro educativo objeto de estudio, y se concertó una cita con él así como con el jefe de estudios, con el fin de explicar los objetivos del trabajo y solicitando su permiso para la recogida de datos (ANEXO II).

Otra de las personas con la que nos pusimos en contacto antes de realizar el estudio fue Ana Ganderillas, autora de la versión española del EAT-26. Se contactó mediante correo electrónico, dándonos ella autorización para usar dicho test como instrumento de cribado en nuestro estudio.

Una vez obtenidos los permisos, solicitamos la autorización del Comité de Ética de Aragón (CEICA), a quien enviamos el proyecto de investigación y, que tras contestar a sus aclaraciones, emitió dictamen favorable a la realización del estudio en el Acta Nº 04/2019 (ANEXO III). Fue entonces cuando nos pusimos en contacto con los distintos tutores de 4º de la ESO del centro, para entregar las hojas de consentimiento informado (ANEXO IV Y ANEXO V) y solicitar su colaboración para la aplicación de las encuestas.

En el estudio se invitó a participar a todos los estudiantes matriculados en 4º de la ESO de un instituto público (130 alumnos), que fue seleccionado por conveniencia, uno de los motivos de elección de este instituto fue que a él acuden la gran mayoría de estudiantes de colegios rurales de la zona, y esta es una de las variables del trabajo.

Dado que no todos cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión establecidos, la muestra final estuvo compuesta por 34 estudiantes, de 14 a 18 años, 20 niñas y 14 niños.

Las encuestas constaban de dos apartados, el primero con preguntas generales que recogía información como el género, edad, peso, talla y localidad y un segundo apartado con el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26)(ANEXO VI).

Los cuestionarios fueron contestados de forma anónima y colectivamente en el aula en el horario de tutoría, tras la explicación a los participantes de los objetivos del estudio, la relevancia de su participación y el trato confidencial que recibirían de los datos.

Además la participación de los estudiantes era voluntaria, pudiendo desistir en cualquier momento y no exigiendo ningún tipo de compensación por su participación.

Para poder cumplimentar los cuestionarios fue condición necesaria que los padres / tutor / representante legal de los estudiantes firmaran un consentimiento de participación en el estudio, que debía ser entregado previo a la realización de la encuesta al tutor correspondiente.

Una vez recogidas las encuestas, los datos fueron organizados estadísticamente con el GNU PSPP Statistical Analysis Software versión 0.10.1-g1082b8. Se realizaron análisis descriptivos (media, porcentajes y frecuencias) de las distintas variables (sexo, edad, localidad y riesgo de TCA). Además se analizaron las diferencias de medias en las conductas evaluadas por el EAT-26 entre los distintos grupos, utilizando la prueba T para grupos independientes.

VARIABLES:

Las variables de estudio fueron las siguientes:

- VARIABLE PRINCIPAL: Riesgo de Trastorno de la conducta alimentaria
Se evaluará con el EAT-26 versión española.
- VARIABLES SECUNDARIAS:
 - o Sexo: Masculino / Femenino. Se han incluido en el estudio jóvenes de ambos sexos.
 - o Edad: En el estudio se han incluido las edades comprendidas en el último año de educación secundaria obligatoria.
 - o Vivir en capital de provincia o en localidad rural: en el estudio han participado jóvenes de distintas localidades, ya que el instituto seleccionado es un centro al que acuden jóvenes tanto de la capital de provincia como de distintos pueblos de esta.

- Índice de masa corporal (IMC): El IMC se construirá a partir de los datos de peso y talla que los participantes nos proporcionaran en la encuesta (peso en kg / talla m²). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se clasifica tal y como aparece en la Tabla 1.

Tabla 1: Clasificación BMI

Classification	BMI(kg/m ²)	
	Principal cut-off points	Additional cut-off points
Underweight	<18.50	<18.50
Severe thinness	<16.00	<16.00
Moderate thinness	16.00 - 16.99	16.00 - 16.99
Mild thinness	17.00 - 18.49	17.00 - 18.49
Normal range	18.50 - 24.99	18.50 - 22.99
		23.00 - 24.99
Overweight	≥25.00	≥25.00
Pre-obese	25.00 - 29.99	25.00 - 27.49
		27.50 - 29.99
Obese	≥30.00	≥30.00
Obese class I	30.00 - 34.99	30.00 - 32.49
		32.50 - 34.99
Obese class II	35.00 - 39.99	35.00 - 37.49
		37.50 - 39.99
Obese class III	≥40.00	≥40.00

Fuente: Organización Mundial de la Salud

Los datos de las variables secundarias se obtendrán en el apartado de preguntas generales previo al EAT-26.

ASPECTOS ETICOS:

La legislación vigente (Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica) establece que la participación de toda persona en un proyecto de investigación y/o experimentación requerirá una previa y suficiente información sobre el mismo y la prestación del correspondiente consentimiento. Establece igualmente el ordenamiento jurídico de que cuando el sujeto sea menor de edad la autorización será prestada por los padres, quien ejerza la patria potestad o, en su caso, el representante legal del menor después de haber escuchado a éste si tiene, al menos, doce años cumplidos. Por lo es necesario para participar en el estudio que los estudiantes entreguen la hoja de información y el consentimiento informado firmado por sus padres / tutor / representante legal (11).

Se garantiza de igual modo la correcta protección de datos. Toda la información recogida se tratará conforme a lo establecido en la legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal (Ley

Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales)(12).

Para causar las mínimas molestias a los participantes, el tiempo empleado para pasar las encuestas coincidirá con las clases de Tutoría, no perdiendo así horario lectivo.

INSTRUMENTO EAT-26:

El EAT-26, cuya versión en castellano fue validada por Gandarillas et al. para la Comunidad de Madrid, y que permite clasificar a los sujetos en dos categorías: Población normal y población con riesgo de trastorno de la conducta alimentaria (8).

Consta de 26 preguntas que se agrupan en tres factores:

- Restricción alimentaria / dieta (Ejemplo: Me angustia la idea de estar demasiado gordo/a).
- Bulimia y preocupación por la comida (Ejemplo: Tengo la impresión de que mi vida gira alrededor de la comida).
- Control oral (Ejemplo: Corto mis alimentos en trozos pequeños).

En el caso del EAT-26 la puntuación total oscila entre 0 y 78. La puntuación total del EAT-26 se obtiene sumando las puntuaciones de los 26 ítems que componen el test:

- En los ítems 1 y 25 (nunca "N", 3 puntos; casi nunca "CN", 2 puntos; algunas veces "AV", 1 punto; resto, 0 puntos).
- En el resto de ítems (siempre "S", 3 puntos; casi siempre "CS", 2 puntos; bastantes veces "BV", 1 punto; resto, 0 puntos).

Dada la ausencia de estudios de validación de cuestionarios de cribado en el medio comunitario, existe heterogeneidad entre autores a la hora de establecer el punto de corte para definir población 'con riesgo' (13).

El punto de corte utilizado con mayor frecuencia es el de 20 puntos, ya que es el propuesto por los autores originales del cuestionario (Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel, 1982) (14) , sin embargo en este estudio hemos establecido el punto de corte en 10 puntos (≥ 10 puntos = Riesgo de TCA) ya que en la validación de la versión española realizada por Ana Ganderillas et al. marcan el punto de corte óptimo ahí, y afirman que con el punto de corte en 20 la sensibilidad del cuestionario en su población es del 59%, mientras que pasa a ser del 89'7% con el punto de corte en 10 (13). En otro estudio de validación del EAT-26 también concluyeron que el mejor valor de corte no era 20, sino 11 puntos (2).

DESARROLLO:

RESULTADOS:

De los 130 estudiantes matriculados en 4º de la ESO, solo 34 de ellos aportaron el consentimiento para participar finalmente en el estudio (Índice de respuesta del 26.15%)

Esta muestra final de 34 estudiantes, estaba compuesta por 14 niños (41'18%) y 20 niñas (58'82%) (Figura 1), con edades entre 14 y 18 años (Tabla 2). Además 25 de estos estudiantes residían en la capital de provincia (73.53%) y solo 9 en pueblos (26.47%) (Figura 2).

Figura 1: Sexo

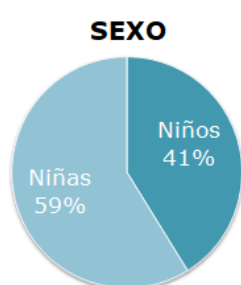


Figura 2: Localidad

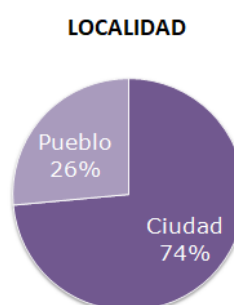


Tabla 2: Edad

Variable	N	Media	Desv Std	Mínimo	Máximo	Moda
EDAD	34	15.32	.68	14	18	15

Fuente: Elaboración propia

En cuanto al IMC, fueron calculados con el peso y la talla preguntados en el apartado de preguntas generales, habiendo 3 encuestas en las que estos apartados estaban vacíos o incorrectamente contestados (casos perdidos) por lo que en este apartado los casos válidos fueron 31, siendo la media de IMC 20.81 (Peso Normal) y habiendo un máximo de 31.22 (Obesidad tipo I) y un mínimo de 16.26 (Delgadez Moderada) (Tabla 3 y Tabla 4).

Tabla 3: IMC

Variable	N	Válido	Perdidos	Media	Desv Std	Mínimo	Máximo
VALORES IMC		31	3	20.81	3.15	16.26	31.22

Fuente: Elaboración propia

Tabla 4: Rangos IMC

RANGOS IMC	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido
Delgadez moderada	2	5.88	6.45
Delgadez aceptable	4	11.76	12.90
Peso normal	22	64.71	70.97
Sobrepeso	2	5.88	6.45
Obesidad tipo I	1	2.94	3.23
---	3	8.82	Perdidos
TOTAL	34	100	100

Fuente: Elaboración propia

De los 34 estudiantes, 7 presentaban una puntuación igual o superior a 10 puntos en el EAT-26, considerándose, por tanto, en riesgo de padecer un TCA. Esto corresponde con una prevalencia del 20,59%, siendo más frecuente en niñas que en niños (30 % vs 7.14 %), como aparece en la Tabla 5. Además la puntuación media de los estudiantes fue de 6.32 ± 6.10 .

Tabla 5: Sexo*Clasificación

SEXO	CLASIFICACION DEL RIESGO		Total
	SIN RIESGO TCA	RIESGO TCA	
MASCULINO	13	1	14
	92.86 %	7.14 %	100 %
	48.15 %	14.26 %	41.18 %
	38.24 %	2.94 %	41.18 %
FEMENINO	14	6	20
	70 %	30 %	100 %
	51.85 %	85.71 %	58.82 %
	41.18 %	17.65 %	58.82 %
Total	27	7	34
	79.41 %	20.59 %	100 %
	100 %	100 %	100 %
	79.41 %	20.59 %	100%

[Frecuencia, fila%, columna %, total %]

Fuente: Elaboración propia

Como se puede observar en la Tabla 6, la puntuación media del test en los niños (3.43) es más baja que en las niñas (8.35). Para comprobar si existe algún tipo de asociación entre el sexo y las puntuaciones del EAT-26, hemos llevado a cabo la prueba de T de Student (Tabla 7), asumiendo la igualdad de varianzas (Prueba de Levene, $p=0.339$) donde sí que encontramos una asociación significativa ($p=0.018$)

Tabla 6: Puntuación EAT*Sexo

	SEXO	N	Media	Desviación estándar	Err. Est. Media
PUNTUACIÓN EAT	MASCULINO	14	3.43	4.09	1.09
	FEMENINO	20	8.35	6.54	1.46

Estadísticas de grupo.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 7: Prueba de Levane + Prueba T de Student

		Prueba de Levane para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de Medias						
		F	Sign.	t	df.	Sign. (2-colas)	Diferencia de Medias	Err. Est. De la diferencia	Intervalo de confianza 95% de la diferencia	
									Inferior	Superior
Puntuación EAT	Se asume igualdad de varianzas	.94	.339	-2.49	32.0	.018	-4.92	1.98	-8.95	-.89
	Igualdad de varianzas no asumidas			-2.70	31.7	.011	-4.92	1.83	-8.64	-1.20

Prueba para muestras independientes.

Fuente: Elaboración propia

Por otro lado, el porcentaje de estudiantes con riesgo de TCA que viven en ciudad fue muy similar al de estudiantes que viven en pueblos, siendo el de estos últimos ligeramente mayor, 22.22% frente a un 20% (Tabla 8). Y así mismo, la puntuación media de los estudiantes de pueblo fue 2.88 puntos mayor (8.44 puntos de media en pueblo; 5.56 puntos de media en ciudad). En este caso, no se observa una asociación estadísticamente significativa al realizar chi-cuadrado ($p= 0.888$).

Tabla 8: Localidad*Clasificación del riesgo

LOCALIDAD * Clasificación del Riesgo [recuento, fila %, columna %, total %].

LOCALIDAD	Clasificación del Riesgo		Total
	Sin Riesgo TCA	RIESGO TCA	
CIUDAD	20.00	5.00	25.00
	80.00%	20.00%	100.00%
	74.07%	71.43%	73.53%
	58.82%	14.71%	73.53%
PUEBLO	7.00	2.00	9.00
	77.78%	22.22%	100.00%
	25.93%	28.57%	26.47%
	20.59%	5.88%	26.47%
Total	27.00	7.00	34.00
	79.41%	20.59%	100.00%
	100.00%	100.00%	100.00%
	79.41%	20.59%	100.00%

Fuente: Elaboración propia (PSPP)

En cuanto al IMC, a pesar de que no se ha encontrado una asociación significativa entre estas dos variables ($p=0,551$ en chi-cuadrado) cabe destacar que todos los casos en los que la puntuación fue mayor o igual a diez (Riesgo TCA) tenían un peso normal (IMC =18.50-24.99), a excepción de uno, que tenía una delgadez moderada.

Se trata de una estudiante, de 15 años que vive en la capital. Tiene una delgadez moderada (IMC de 16.26) y se considera que tiene riesgo de TCA ya que su puntuación en el Test de actitudes alimentarias fue de 13 puntos (3 puntos por arriba del corte establecido). Las conductas consideradas de riesgo en este caso son que siempre corta sus alimentos en trozos pequeños, que siempre nota que los demás preferirían que comiese más, que los demás casi siempre piensan que está demasiado delgada, que siempre tarda más en comer que el resto, que bastantes veces nota que le presionan para comer y que solo algunas veces disfruta probando comidas nuevas y sabrosas.

En las encuestas se dio otro caso de delgadez moderada, y 4 casos de delgadez aceptable, pero ninguno de ellos cumplía los criterios de Riesgo de TCA (Tabla 9).

Tabla 9: Rangos IMC*Clasificación del riesgo

Rangos IMC	Clasificación del Riesgo		Total
	Sin riesgo TCA	Riesgo TCA	
Delgadez moderada	1	1	2.00
	50.00 %	50.00 %	100.00 %
	4.00 %	16.67 %	6.45 %
	3.23 %	3.23 %	6.45 %
Delgadez aceptable	4	0	4
	100.00 %	.00 %	100.00 %
	16.00 %	.00 %	12.90 %
	12.90 %	.00 %	12.90 %
Peso normal	17	5	22
	77.27 %	22.73 %	100.00 %
	68.00 %	83.33 %	70.97 %
	54.84 %	16.13 %	70.97 %
Sobrepeso	2	0	2
	100.00 %	.00 %	100.00
	8.00 %	.00 %	6.45 %
	6.45 %	.00 %	6.45 %
Obesidad tipo I	1	0	1
	100.00 %	.00 %	100.00
	4.00 %	.00 %	3.23 %
	3.23 %	.00 %	3.23 %
Total	25	6	31
	80.65 %	19.35 %	100.00 %
	100.00 %	100.00 %	100.00 %
	80.65 %	19.35 %	100.00 %

[Recuento, fila%, columna %, total %]

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a las puntuaciones del EAT-26, cabe destacar que hubo 5 casos (14.71 %), en el que la puntuación de la encuesta fue de 0 puntos, y que hubo 1 caso con una puntuación de 28 puntos (puntuación máxima del estudio).

De las 26 preguntas del test de actitudes alimentarias, hubo 4 en las que ninguno de los participantes del estudio mostro conductas de riesgo de TCA. Estas preguntas fueron la N° 9, 10, 17 y 26. Es decir, ninguno de los encuestados afirmó que "Vomito después de comer", "Me siento muy culpable después de comer", "Como alimentos de régimen" y "Tengo ganas de vomitar después de las comidas".

Por otro lado, la pregunta N° 5 "Corto mis alimentos en trozos pequeños", fue la pregunta en la que más gente mostró conductas de riesgo, ya que 13 estudiantes (38.24%) contestaron de manera afirmativa ("BV", "CS" o "S") como se muestra en la Tabla 10. Y un 71.44% (5/7) de las personas que presentaron riesgo de TCA cortaba sus alimentos en trozos pequeños.

Tabla 10: "Corto mis alimentos en trozos pequeños"

Etiqueta de valor	Frecuencia	Porcentaje
"N" "CN" "AV"	21	61.76
"BV"	3	8.82
"CS"	6	17.65
"S"	4	11.76
Total	34	100.00

Fuente: Elaboración propia

Otra de las preguntas en la que más gente ha mostrado conductas de riesgo es la N° 25 "Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas", en la que 11 personas (32.35%) negaban hacerlo o solo a veces (Tabla 11).

Tabla 11: "Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas"

Etiqueta de valor	Frecuencia	Porcentaje
"BV" "CS" "S"	23	67.65
"AV"	4	11.76
"CN"	6	17.65
"N"	1	2.94
Total	34	100.00

Fuente: Elaboración propia

Y la tercera pregunta que más gente ha contestado de forma negativa es la N° 12 "Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio", en la que un 29.41 % (10 personas) afirmaban hacerlo (Tabla 12).

Tabla 12: "Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio"

Etiqueta de valor	Frecuencia	Porcentaje
"N" "CN" "AV"	24	70.59
"BV"	5	14.71
"CS"	2	5.88
"S"	3	8.82
Total	34	100.00

Fuente: Elaboración propia

DISCUSIÓN:

La principal limitación de este estudio es tener una muestra pequeña (baja tasa de participación), ya que la potencia estadística de una prueba es directamente proporcional al tamaño de la muestra. Además con frecuencia, las personas que sufren un TCA no tienen conciencia de enfermedad y tienden a ocultar síntomas orientativos de TCA (7), lo que hace más complicado estimar la prevalencia de riesgo de estos trastornos, ya que el sesgo de no respuesta podría esconder algún caso.

Desde los años 70 se han publicado numerosos estudios epidemiológicos en el ámbito de los TCA en el centro y norte de Europa, Australia, Estados Unidos y Canadá, desde aproximaciones teóricas y metodológicas diferentes. En España, sin embargo, no se han llevado a cabo hasta mediados de los años 90 y aunque no son muy numerosos, poseen gran rigor científico en su metodología (9,13,15,16)

Tras la revisión de estos estudios llevados a cabo en las dos últimas décadas en España, se observa que los primeros median únicamente, al igual que este trabajo, la prevalencia del riesgo de padecer TCA, pero los estudios más recientes, lo que buscan es estimar la prevalencia de casos reales de TCA.

La prevalencia del riesgo tanto a nivel general como por sexos, no varía demasiado entre los distintos estudios, y tampoco en este, pese a que se han utilizado distintos cuestionarios de cribado y en ocasiones diferente punto de corte en el mismo (ANEXO VII).

Comparando este estudio con uno realizado en Argentina, en el año 2014, que también estudia la prevalencia del riesgo en estudiantes de entre 15-20 años, los resultados son ligeramente menores (13.7%). Esto en parte puede deberse a que, aunque utilizan el EAT-26 como cuestionario de cribado, establecieron un punto de corte superior al nuestro (Riesgo TCA ≥ 20). A pesar de ello, en el estudio se concluyó, al igual que en el nuestro, que hay una asociación significativa entre el sexo y el riesgo de TCA, pero tampoco encontraron ninguna asociación significativa entre el IMC y la edad con el riesgo de padecer algún tipo de trastorno alimentario (17).

Sin embargo, en un estudio realizado en Gran Canaria, en el 2015, cuyo objetivo fue medir la prevalencia de TCA en estudiantes de 12 a 20 años, los datos obtenidos fueron bastante similares en cuanto a prevalencia del riesgo general (27'4%) y en el sexo femenino (33%), pero estuvo muy por encima el porcentaje de riesgo en los hombres (20.6%). En este estudio utilizaron como instrumento de cribado en la primera fase el EAT-40 (punto de corte ≥ 20) y un cuestionario sociodemográfico (9).

CONCLUSIONES:

- El 20.59 % (7/34) de los encuestados presentó riesgo de trastornos de la conducta alimentaria.
- La prevalencia del riesgo de TCA en niñas es mayor que en niños. El 30% (6/20) de las niñas parecen estar en riesgo de TCA frente a un 7.14% (1/14) de los niños. Además, la puntuación media de las niñas es significativamente mayor que la de los niños, concluyendo en que si que existe una relación entre el sexo y la puntuación obtenida en el Test de actitudes alimentarias.
- No se encontró asociación significativa entre IMC, edad y localidad con el riesgo de padecer TCA.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Marín V, Sommer K, Abufhele M, Cruz M, Donoso P. Trastornos de la conducta alimentaria: importancia del diagnóstico. Contacto Científico [Internet]. 2016 [Citado el 18 Ene 2019]; 6(6):202–207. Disponible en: <http://contactocientifico.alemana.cl/ojs/index.php/cc/article/view/428/400>
2. Constaín GA, Ricardo Ramírez C, Rodríguez Gázquez MDLÁ, Álvarez Gómez M, Marín Múnera C, Agudelo Acosta C. Validez y utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población femenina de Medellín, Colombia. Aten Primaria [Internet]. 2014 [Citado el 28 Ene 2019]; 46(6):283–289. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.11.009>
3. Berengüí R, Castejón MÁ, Torregrosa MS. Body dissatisfaction, risk behaviors eating disorders in university students. Rev Mex Trastor Aliment [Internet]. 2016 [Citado el 28 Ene 2019]; 7(1):1–8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007152316300052>
4. Martínez-González L, Fernandez Villa T, Molina De La Torre AJ, Ayan Pérez C, Bueno Cavanillas A, Capelo Álvarez R, et al. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en universitarios españoles y factores asociados: Proyecto uniHcos. Nutr Hosp [Internet]. 2014 [Citado el 29 Ene 2019]; 30(4):927–934. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v30n4/30originalotros02.pdf>
5. Morrison J. DSM-5 Guía para el diagnóstico clínico. Mexico: Manual Moderno; 2015 .
6. Echeburúa E, Salaberría K, Cruz-Sáez M. Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. Terapia Psicológica [Internet]. 2014 [Citado el 10 Abr 2019]; 32 (1):65–74. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v32n1/art07.pdf>
7. Gomez Candela C, Palma Milla S, Mijan de la Torre A, Rodriguez Ortega P, Matia Martin P, Loria Kohen V, et al. Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. Resumen ejecutivo. Nutr Hosp [Internet]. 2018 [Citado el 22 Abr 2019]; 35:489–494. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.1819>
8. Diéguez M, Álvarez J. PROCESO ASISTENCIAL TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. Salud Madrid [Internet]. 2013 [Citado el 2 Abr 2019]; 1-76. Disponible en : <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DPROCESO+ASISTENCIAL+TCA.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalPrincipeAsturias&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352869243525&ssbinary=true>
9. Álvarez-Malé ML, Castaño IB, Majem LS. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Gran Canaria. Nutr Hosp [Internet]. 2015 [Citado en 2 Feb]; 31(5):2283–2288. Disponible

- en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v31n5/50originalotros04.pdf>
10. Cano. AA, Corredor DA, García AM, González M, Lloreda OL, Lucero KV, et al. Factores de Riesgo para Trastornos de la Alimentación en los Alumnos de la Universidad de Manizales. Med UNAB [Internet]. 2007 [Citado el 5 Abr 2019]; 10(3):187-194. Disponible en: <http://ridum.umanizales.edu.co:8080/xmlui/handle/6789/1448>
 11. LEY 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica. Boletín Oficial del Estado, nº 159,(4 julio 2007).
 12. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Boletín Oficial del Estado, nº 294, (6 Diciembre 2018).
 13. Gandarillas Grande A, Zorrilla Torras B, Sepúlveda García AR, Muñoz Rodríguez PE. Trastornos del comportamiento alimentario: Prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid. Documentos Técnicos de Salud Pública [Internet].2003 [Citado el 23 Ene 2019];1-121. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DDDT85_prevalencia+de+casos.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352853150802&ssbinary=true
 14. Garner DM, Garfinkel, PE. The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. Psychological Medicine 1979; 9(22):273-279.
 15. Peláez Fernández MA, Raich Escursell RM, Labrador Encinas. Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos. Rev Mexicana de trastornos alimentarios [Internet]. 2010 [Citado el 14 Feb 2019]; 1(1): 62-75. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v1n1/v1n1a7.pdf>
 16. Peláez Fernández MA, Labrador Encinas FJ, Raich Escursell RM. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España: revisión y estado de la cuestión. C. Med. Psicosom [Internet].2004 [Citado el 17 Abr 2019]. 71-72; 33-41. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Maria_Angeles_Pelaez-Fernandez2/publication/225292516_Epidemiologia_de_los_trastornos_de_la_conducta_alimentaria_en_Espana_Revision_y_estado_de_la_cuestion/links/09e414fd75e84b6e1c000000/Epidemiologia-de-los-trastornos
 17. Silva Toro NY, Mesa M, Escudero D. Riesgos de Trastornos Alimentarios en adolescentes del último año de la enseñanza media en Institutos adventistas de Argentina. Actual en Nutr [Internet]. 2014 [Citado el 26 Feb 2019];15(4):89-98.
 18. Villas Perez E. Prevención de trastornos de conducta alimentaria en adolescentes tempranos del norte de España [Tesis Doctoral]. Zaragoza. Universidad de Zaragoza Servicio de Publicaciones; 2017
 19. Peláez Fernández MA, Labrador Encinas FJ, Raich Escursell RM. Epidemiología de los trastornos del comportamiento alimentario en España. Trastornos alimentarios en Hispanoamérica. España: Manual Moderno; 2014. 89-122
 20. Gandarillas-Grande A, Febrel C. Encuesta de prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados de la

Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Dirección General de
Salud Pública. 2002

ANEXOS

ANEXO I: CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	TIEMPO DE DURACIÓN																			
	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Búsqueda bibliográfica																				
Elaboración protocolo de investigación																				
Elaboración documento de información y consentimiento para los padres/tutores																				
Solicitud de colaboración al director del instituto																				
Contactar con el autor/a de la encuesta																				
Solicitud CEICA																				
2ª Revisión CEICA																				
Información a los participantes del instituto y entrega del consentimiento																				
Recogida del consentimiento																				
Pasar encuestas																				
Recogida de datos																				
Análisis de datos/resultados																				
Discusión																				
Conclusiones																				
Entrega TFG																				
Preparación presentación																				
Lectura del TFG																				

ANEXO II: SOLICITUD INSTITUTO



11 FEB 2019

N.º ENTRADA

N.º SALIDA 4



Escuela Universitaria
de Enfermería - Huesca
Centro adscrito
Universidad Zaragoza

Huesca, 6 de febrero de 2019

Dña Esther Lanuza Usieto, Directora de la Escuela de Enfermería de Huesca, solicita al Director del Instituto de Enseñanza Secundaria, D. Fernando Mur Alegre, colaboración para que la alumna de 4º de Grado, Almudena Cañardo Yebra, tras haber obtenido el consentimiento de los padres de los menores a estudio, pueda entregar y recoger contestada la encuesta validada "EAT 26" sobre el riesgo de trastornos de la conducta, previa explicación a los alumnos del estudio de los objetivos, participación, tratamiento de datos, etc, como parte del trabajo Fin de Grado que lleva por título "*Prevalencia del riesgo de trastorno de la conducta alimenticia (TCA) en estudiantes en un Instituto de Secundaria*", y que es tutorizado por Dña. Carmen Tosat Mancho, profesora de esta Escuela.

En espera de su contestación, le envía un afectuoso saludo



Fdo.: Esther LANUZA USIETO

ANEXO III: AUTORIZACIÓN CEICA



**Informe Dictamen Favorable
Trabajos académicos**

C.P. - C.I. P119/077

13 de marzo de 2019

Dña. María González Hínjos, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 13/03/2019, Acta Nº 05/2019 ha evaluado la propuesta del Trabajo:

Título: PREVALENCIA DEL RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DE UN INSTITUTO DE SECUNDARIA

Alumna: Almudena Cañardo Yebra
Directora: Carmen Tosat

Versión protocolo: v2, 10/03/2019

Versión documento de información y consentimiento: v2, 10/03/2019

2º. Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y los principios éticos aplicables.
- El Tutor/Director garantiza la confidencialidad de la información, la correcta obtención del consentimiento informado, el adecuado tratamiento de los datos en cumplimiento de la legislación vigente y la correcta utilización de los recursos materiales necesarios para su realización.

3º. Por lo que este CEIC emite **DICTAMEN FAVORABLE a la realización del proyecto.**

Lo que firmo en Zaragoza

GONZALEZ
HINJOS MARIA
DNI 03857456B

Firmado digitalmente
por GONZALEZ HINJOS
MARIA - DNI 03857456B
Fecha: 2019.03.18
13:00:46 +01'00'

María González Hínjos
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

ANEXO IV: INSTRUCCIONES Y ENCUESTA

Estimado/a Participante:

Desde la Escuela de Enfermería de Huesca estamos realizando una ENCUESTA a alumnos de secundaria, con objeto de conocer diversos aspectos relacionados con la salud en los jóvenes.

Este cuestionario NO es un examen ni un test. NO hay respuestas buenas ni malas. Si en alguna pregunta no encuentras la respuesta que se ajuste exactamente a lo que tú piensas o haces, marca aquello que más se aproxime.

La información que nos des es completamente CONFIDENCIAL. No tienes que escribir tu nombre.

Aparte de ser confidencial, tu colaboración en la encuesta es totalmente voluntaria y anónima. Si hay alguna pregunta que no puedes o no quieres contestar por alguna razón, déjala en blanco.

INSTRUCCIONES

Todas las preguntas tienen diversas opciones de respuesta. Deberás elegir SÓLO UNA.

Cada opción tiene a su lado un pequeño cuadrado. El cuadrado correspondiente a la opción elegida deberás señalarlo con una "X" Si te confundes, tacha la opción equivocada, y vuelve a marcar la opción que tu creas conveniente.

Recuerda que no hay opciones mejores ni peores, todas son igual de valiosas. Lo realmente importante es que contestes con sinceridad. Por ello te pedimos que no comentes las preguntas con tus compañeros de clase mientras rellenas el cuestionario.

Muchas gracias por tu colaboración.

TEST DE ACTITUDES HACIA LA ALIMENTACIÓN → **EAT 26 (VERSIÓN ESPAÑOLA)**
Reproducida con permiso de los autores A Gandarillas et al.

PREGUNTAS GENERALES				
EDAD				
TALLA				
PESO				
LOCALIDAD	Ciudad		Pueblo	
SEXO	Masculino		Femenino	

EAT-26	N	CN	AV	BV	CS	S
1. Me gusta comer con otras personas						
2. Procuro no comer aunque tenga hambre						
3. Me preocupo mucho por la comida						
4. A veces me he "atrachado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer						
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños						
6. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como						
7. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p. ej, pan, arroz, patatas, etc.)						
8. Noto que los demás preferirían que yo comiese más						
9. Vomito después de haber comido						
10. Me siento muy culpable después de comer						
11. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a						
12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio						
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a						
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo						
15. Tardo en comer más que las otras personas						
16. Procuro no comer alimentos con azúcar						
17. Como alimentos de régimen						
18. Siento que los alimentos controlan mi vida						
19. Me controlo en las comidas						
20. Noto que los demás me presionan a que coma						
21. Paso demasiado tiempo pensando y preocupándome de la comida						
22. Me siento incomodo/a después de comer dulces						
23. Me comprometo a hacer régimen						
24. Me gusta sentir el estomago vacío						
25. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas						
26. Tengo ganas de vomitar después de las comidas						
N, nunca; CN, casi nunca; AV, algunas veces; BV, bastantes veces; CS, casi siempre; S, siempre						

ANEXO V: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA EL PADRE / TUTOR

Título de la investigación: Estudio de la prevalencia del riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de Educación Secundaria.

Investigador Principal: Almudena Cañardo Yebra
693647682

Tfno:

Centro: Escuela Universitaria de Enfermería de Huesca

La legislación vigente establece que la participación de toda persona en un proyecto de investigación requerirá una previa y suficiente información sobre el mismo y la prestación del correspondiente consentimiento. Establece igualmente el ordenamiento jurídico que cuando el sujeto sea menor de edad la autorización será prestada por los padres, quien ejerza la patria potestad o, en su caso, el representante legal del menor después de haber escuchado a éste si tiene, al menos, doce años cumplidos.

1. Introducción:

Nos dirigimos a usted para solicitar la participación de su hijo / representado en un proyecto de investigación que estamos realizando en la Escuela Universitaria de Enfermería de Huesca. La participación es voluntaria, pero es importante para obtener el conocimiento que necesitamos. Este proyecto ha sido aprobado por el Comité de Ética, pero antes de tomar una decisión es necesario que:

- Lea este documento entero
- Entienda la información que contiene el documento
- Haga todas las preguntas que considere necesarias
- Tome una decisión meditada
- Firme el consentimiento informado, *si finalmente acepta la participación de su hijo / representado.*

Si acepta la participación se le entregará una copia de esta hoja y del documento de consentimiento firmado. Por favor, consérvelo por si lo necesitara en un futuro.

2. ¿Por qué se pide la *participación de su hijo / representado*?

Se solicita su colaboración por ser un estudiante de secundaria del instituto en el que se va a llevar a cabo el estudio.

En total habrá 130 participantes de estas características.

3. ¿Cuál es el objeto de este estudio?

El objetivo de este estudio es conocer el número de estudiantes que puedan estar en riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria como son la Anorexia y la Bulimia Nerviosa que hay en un instituto de secundaria.

4. ¿Qué tengo que hacer si decido participar?

Si decides participar, en primer lugar deberá firmar el consentimiento informado.

Además a su hijo / representado se le pedirá cumplimentar una encuesta que consta de un apartado de preguntas generales (Entre los que nos tendrá que aportar datos acerca de su peso y su talla) y posteriormente otro con el Test EAT-26 (Test de actitudes alimentarias), una encuesta breve y sencilla que no cuesta más de diez minutos rellenar, para lo cual se hará uso de las horas de Tutoría.

5. ¿Qué riesgos o molestias supone?

Este estudio no supone ningún riesgo, e intenta causar las mínimas molestias por lo que se utilizará el horario de Tutoría de los alumnos para no perder horario lectivo.

6. ¿Obtendré algún beneficio por mi participación?

Al tratarse de un estudio de investigación orientado a generar conocimiento no es probable que obtenga ningún beneficio por su participación si bien usted contribuirá al avance científico y al beneficio social.

Usted no recibirá ninguna compensación económica por su participación.

7. ¿Cómo se van a tratar los datos personales?

Toda la información recogida se tratará conforme a lo establecido en la legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal. En la base de datos del estudio no se incluirán datos personales: ni su nombre, ni ningún dato que le pueda identificar.

Sólo el equipo investigador tendrá acceso a los datos que usted nos proporcione y nadie ajeno podrá consultarlos.

De acuerdo a lo que establece la legislación de protección de datos, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos. Además puede limitar el tratamiento de datos que sean incorrectos, solicitar una copia o que se trasladen a un tercero (portabilidad) los datos que usted ha facilitado para el estudio. Para ejercitar sus derechos, diríjase al investigador principal del estudio. Así mismo tiene derecho a dirigirse a la Agencia de Protección de Datos si no quedara satisfecho.

Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos, pero sí se utilizarán los que ya se hayan recogido. En caso de que desee que se destruyan los datos ya recogidos debe solicitarlo expresamente y se atenderá a su solicitud.

Los datos serán codificados pero en ningún caso contendrán información que le pueda identificar directamente. Estos datos serán utilizados para los fines del estudio descrito o para su uso en publicaciones científicas pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente.

El investigador adoptará las medidas pertinentes para garantizar la protección de su privacidad y no permitirá que sus datos se crucen con otras bases de datos que pudieran permitir su identificación o que se utilicen para fines ajenos a los objetivos de esta investigación.

Las conclusiones del estudio se presentarán en congresos y publicaciones científicas pero se harán siempre con datos agrupados y nunca se divulgará nada que le pueda identificar.

8. ¿Quién financia el estudio?

Este proyecto no dispone de financiación.

9. ¿Se me informará de los resultados del estudio?

Usted tiene derecho a conocer los resultados globales de este estudio como padres / tutor / representante. También tiene derecho a no conocer dichos resultados si así lo desea. Por este motivo en el documento de consentimiento informado le preguntaremos qué opción prefiere. En caso de que desee conocer los resultados, el investigador le hará llegar los resultados a través de la dirección del centro.

¿Puedo cambiar de opinión?

Su participación es totalmente voluntaria, puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones. Basta con que le manifieste su intención al investigador principal del estudio.

¿Qué pasa si me surge alguna duda durante mi participación?

En la primera página de este documento está recogido el nombre y el teléfono de contacto del investigador responsable del estudio. Puede dirigirse a él en caso de que le surja cualquier duda sobre su participación.

Muchas gracias por su atención, si finalmente desea participar le rogamos que firme el documento de consentimiento que se adjunta.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del PROYECTO: Estudio de la prevalencia del riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de Educación Secundaria

D./D^a en calidad de padres / tutor / representante legal

He / hemos leído la hoja de información que se me / nos ha entregado y la he / hemos comprendido en todos sus términos.

He / hemos podido hacer preguntas sobre el estudio y he / hemos recibido suficiente información sobre el mismo.

He / hemos sido suficientemente informado/s y he / hemos podido hacer preguntas sobre el estudio "Prevalencia del Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de un instituto secundaria " para el que se ha pedido la colaboración de mi / nuestro hijo / o representado

He / hemos hablado con: Almudena Cañardo Yebra

Comprendo / comprendemos que la participación es voluntaria y que el menor en cuya representación actúo / actuamos puede retirarse del estudio:

- cuando quiera
- sin tener que dar explicaciones
- sin ningún tipo de repercusión negativa.

Por todo lo cual, PRESTO / PRESTAMOS EL CONSENTIMIENTO para la participación en el estudio al que este documento hace referencia.

Deseo ser informado sobre los resultados del estudio: sí no (marque lo que proceda)

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado.

Firma del padres / tutor
/ representante legal del
participante:

Fecha:

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al paciente mencionado

Firma del Investigador:

Fecha:

ANEXO VI: HOJA DE INFORMACIÓN PARA LOS ALUMNOS

HOJA DE INFORMACIÓN PARA LA PARTICIPACIÓN EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Título del Proyecto **"ESTUDIO DE LA PREVALENCIA DEL RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN SECUNDARIA"**

Autorizado por el Comité de ética de Aragón.

La legislación vigente establece que la participación de toda persona en un proyecto de investigación requerirá una previa y suficiente información sobre el mismo. A tal efecto, a continuación se detallan los objetivos y características del proyecto de investigación arriba referenciado:

- 1) **OBJETIVOS:** El objetivo de este estudio es conocer el número alumnos que puedan estar en riesgo de padecer algún trastorno de la conducta alimentaria, como son la Anorexia y la Bulimia Nerviosa, que hay en un instituto de secundaria.
- 2) **DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO:** En este estudio se pide la colaboración para cumplimentar una encuesta, de forma anónima, con dos apartados diferenciados, uno con preguntas de carácter general y otro con el EAT-26 "Test de actitudes alimentarias".
- 3) **PREGUNTAS E INFORMACIÓN:** Contactar con Almudena Cañardo. Tlfn: 693647682
- 4) **PROTECCIÓN DE DATOS¹:** Este proyecto requiere la utilización y manejo de datos de carácter personal que, en todo caso, serán tratados con las exigencias requeridas por la legislación de protección de datos vigente garantizando la confidencialidad de los mismos.

La participación en este proyecto de investigación es voluntaria y puede retirarse del mismo en cualquier momento sin que se le pueda exigir ningún tipo de explicación ni prestación.

Y para que conste por escrito a efectos de información de los participantes, se formula y entrega la presenta hoja informativa.

En Huesca a dede 2019

Nombre y firma del Investigador/a principal

ANEXO VII: REVISIÓN DE ESTUDIOS

AÑO	AUTORES	LUGAR	INSTRUMENTO CRIBADO	MUESTRA		PREVALENCIA DEL RIESGO
1999	Mondaré, Celada y Casas	Móstoles (Madrid)	EDI + Encuesta psicosocial	N= 1314	15-16 años	12.02 % Hombres
				Ambos sexos		31.2 % Mujeres
1997	Perez-Gaspar et al	Navarra	EDI + EAT 40 + Items sociodemográficos	N= 3472	12-21 años	11.1% Mujeres
				Sexo femenino		
2000	Ganderillas Grande y Febrel	Madrid	GHQ-28 + EDI + Items Sociodemografico	N= 4500		2.2% Hombres
				Adolescentes escolarizados		15.3% Mujeres
2002*	Ganderillas	Madrid	EDI-I + EAT-26 (corte 10)	1184	15-18 años	27.1 % Mujeres
				Sexo femenino		
1998 *	Ruiz et al	Zaragoza (Aragón)	EDI + EAT 40 (corte 30) + CIMEC	N= 4048	12-18 años	3.3% Hombres
				Ambos sexos		16.3% Mujeres
2002*	Petit et al	Getafe (Madrid)	EDI + EAT 26 (corte 15)	N=3836	12-14 Años	10% General
				Ambos sexos		
2002	Ballester, De Gracia, Patiño	Gerona (Cataluña)	EAT-40 (corte 30)	N= 1024	14-19 Años	0.4% hombres
				Ambos sexos		16% Mujeres
2006*	Arrufat	Osona (Cataluña)	EAT-26 + CDRS (corte 20)			9.2 % General
						2.2 %Hombres
						16.1 %Mujeres
2010*	Calvo A. et al	Zaragoza (aragon)	EAT-26 (corte 20)	N= 701	12-13 Años	9% General
				Ambos sexos		7.8 Hombres
2014		7 universidades españolas	SCOFF	N= 1306	< 30 años	19.5% General
				Ambos sexos		15% Hombres
						21.2% Mujeres
2010	Rosario Gómez		EAT-26	N= 128	Estudiantes 1º enfermería	18.8 % General
				Ambos Sexos		
2003*	Pelaez MA, Labrador FJ, Raich PM	Madrid	EAT-40 (Corte 20) + EDE + sociodemografico	N= 1543	12-21 Años	22.62 % General
				Ambos sexos		
*Estudios de doble fase						

Fuente: Elaboración propia según los datos de (16)(15)(19)(18)(20)

